

①被保険者証の 記号・番号	記号 番号	②被保険者の氏名・押印 ●被保険者本人が氏名を 記入した場合は押印不要	印
③被保険者の住所 ※不備書類返却の際に 使用します	〒 ー		
④被保険者の連絡先 ※お問い合わせの際に使用します※複数可	電話番号	メールアドレス	
⑤被保険者の本籍会社名 ※出向中の方は出向元会社（給与の支払を受けている会社） ※任意継続被保険者・特例退職被保険者は記入不要			
⑥申請事由	1. 公費に該当しているが、県外（市外）で受診したため 2. 公費に該当しているが、一旦、医療機関の窓口で支払いが発生したため 3. 所得制限や、対象年齢を超えているため 4. その他（ ）		
⑦診療を受けた人の	氏名	続柄	生年月日 昭和 平成 年 月 日
⑧診療年月	平成 年 月 診療		
⑨医療機関名/ 調剤薬局名	(医療機関名)	(調剤薬局名)	/
⑩委任状 ●事業所在籍中の診療分 について申請する場合は、 記入・押印必須 ※任意継続被保険者・ 特例退職被保険者は記入不要	私は⑤に記載の事業所を代理人と定め、上記のとおり請求した高額療養費及び同付加金の 受領方を委任します。 平成 年 月 日 被保険者住所 被保険者氏名 印		
【保険給付金の対象となる領収書（写）を添付】 ※添付欄で足りない場合は申請書の裏面に添付ください。			

[注意事項]

1. 印鑑は認印可。シャチハタ・日付印は不可です。
2. 診療月単位で申請してください。
3. 医療機関もしくは、市区町村に支払った時の領収書の写しを必ず添付してください。
4. 医療機関(入院・外来・歯科別)ごとに自己負担が2万円を超えた場合申請してください。
ただし、医療機関の処方箋に基づき、調剤薬局で薬剤の支給が行われた場合は、医療機関と調剤薬局分を合算します。

※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。

受付印

